

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

130

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Mathieu ALBERTINI

Né le 28 Avril 1907, à Bastia (Corse)

LES RUPTURES D'UTÉRUS

AYANT SUBI

LA SECTION CÉSARIENNE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

LES PRESSES MODERNES

45, Rue de Maubeuge, 45

PARIS

1932

661

**LES RUPTURES D'UTÉRUS
AYANT SUBI LA SECTION CÉSARIENNE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152020_0059

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Mathieu ALBERTINI

Né le 28 Avril 1907, à Bastia (Corse)

LES RUPTURES D'UTÉRUS

AYANT SUBI

LA SECTION CÉSARIENNE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

LES PRESSES MODERNES

45, Rue de Maubeuge, 45

PARIS

1932

A M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine
de Paris

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
ma thèse.*

A M. le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital de Lariboisière

*Mon maître en obstétrique, qui
m'a inspiré ce travail.*

Témoignage de ma reconnaissance.

A MÈS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. le Docteur DEVRAIGNE.
M. le Professeur PIERRE TEISSIER.
M. le Professeur GUILLAIN.
M. le Professeur GOUGEROT.
M. le Docteur MILIAN.
M. le Professeur HARVIER.
M. le Professeur NOBÉCOURT.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage d'affection filiale.

A MA SŒUR

Madame PAULINE DE CÉSARE

*Dont la sollicitude fut pour
moi un grand réconfort au
cours de mes études.*

A MES NIÈCES

FERNANDE

MADELEINE

MARIE-JEANNE.

A MES COUSINES

Mesdemoiselles OLYMPE et ANNE-MARIE ALBERTINI

A MON ONCLE

M. XAVIER ALBERTINI

A MON AMI

HRANT ATÉCHIAN

LE DOYEN : M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physiologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du Cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		
CHAILLEY-BERT, agrégé. .		Stomatologie.
LEDoux-LEBARD		Éducation physique.
WEIL-HALLÉ		Radiologie clinique.
		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

L'introduction de l'opération césarienne dans la pratique obstétricale a transformé le pronostic de la dystocie : dystocie des parties molles et surtout dystocie osseuse. Avec les progrès de l'asepsie, cette opération a vu ses succès grandir et ses indications s'étendre. Le but de ce travail est d'étudier le comportement ultérieur de l'utérus, c'est-à-dire de déterminer dans quelle mesure cette opération est capable de diminuer la solidité de l'organe gestateur et par là de l'exposer à une rupture au cours des grossesses qui suivront.

Jusqu'à ces dernières années (1906), l'opération classique, portant sur le corps de l'utérus, était la seule employée. Certains accoucheurs étrangers (Franck, Latzko, Doederlein, Sellheim) ont alors inauguré une méthode nouvelle qui consiste essentiellement à faire porter l'incision de l'utérus, non plus sur le corps, mais sur le segment inférieur, dans la région sus-pubienne, d'où le nom de césarienne basse ou supra-symphysaire. Cette méthode a, en réalité, une origine plus ancienne ; elle date d'Osiander (de Goettingen), qui en eut l'idée et la pratiqua pour la première fois en 1805.

La césarienne basse, nouvelle venue, s'est révélée par ses résultats d'une telle supériorité sur la césarienne corporéale, qu'elle l'a presque complètement supplantée.

En France, elle trouva quelque peine à s'introduire, à cause de sa plus grande difficulté technique et de son caractère moins logique au premier abord. Il convient de citer ici les noms de Schickelé, de Strasbourg, et du Professeur Brindeau, qui s'employèrent à la faire adopter par les accoucheurs français, et celui du Professeur Couvelaire, qui eut le mérite, lors de la discussion de cette question en 1921, de conseiller que l'on accordât à l'opération césarienne basse la possibilité de faire ses preuves.

Division du sujet. — Dans une première partie, nous passerons rapidement en revue, pour les deux variétés d'opération césarienne, les avantages de chaque méthode et ses inconvénients, conséquences des complications plus ou moins particulières à chacune. Nous croyons que cette courte étude constitue un préambule nécessaire à la question, et qu'il faut l'avoir esquissée dans ses points principaux, pour pouvoir formuler la conclusion de ce travail. Nous verrons, en effet, que la césarienne basse, au cours d'une grossesse ultérieure, expose beaucoup moins que la césarienne corporéale à la rupture de l'utérus ; cette considération constitue un argument de grande valeur en faveur de la césarienne basse ; mais encore faut-il que les risques opératoires immédiats que fait courir cette opération ne viennent pas, par leur gravité, diminuer l'importance des avantages qui résultent de son pronostic éloigné. Une étude comparative nous permettra de nous en assurer.

Dans la deuxième partie, nous considérons les deux méthodes de césarienne : haute et basse, du point de vue qui nous intéresse particulièrement : Dans quelles mesures l'opération césarienne constitue-t-elle une

menace de rupture utérine au cours des grossesses ultérieures ? Et quelle est, à ce point de vue, la méthode qui donne à la femme le maximum de sécurité pour son avenir obstétrical ?

C'est alors que nous pourrons, en pleine connaissance de cause, donner la préférence à l'une ou à l'autre méthode d'opération césarienne.

Enfin, une troisième partie exposera l'étude clinique des ruptures utérines consécutives aux sections césariennes et les principes directeurs qui, appliqués à une femme enceinte ayant été césarisée, sont capables de diminuer au maximum les risques de ce redoutable accident.

PREMIÈRE PARTIE

Valeur comparative des deux méthodes de Césarienne

LA CESARIENNE CORPOREALE

Cette opération est trop connue et trop simple pour que nous en exposions la technique. Nous en viendrons donc tout de suite à l'étude critique.

LES AVANTAGES DE LA CÉSARIENNE CORPORÉALE

C'est une opération :

Simple : l'extériorisation de l'utérus hors de la cavité abdominale et son parfait isolement d'avec les autres organes permettent une aisance remarquable dans les manœuvres opératoires en même temps qu'une parfaite visibilité de tout l'organe sur lequel on intervient.

Rapide : la rapidité, conséquence de la simplicité de l'opération, constitue dans certains cas où la femme ne saurait supporter sans danger une intervention tant soit

peu prolongée (femmes très affaiblies, cardiaques) un avantage précieux.

SES INCONVÉNIENTS

Le choc opératoire est fréquent ; il s'explique par les manipulations auxquelles sont inévitablement soumis l'utérus et les anses intestinales.

Les accidents infectieux, lorsqu'ils éclatent, ont un pronostic sérieux. En effet, les sutures, faites en plein tissu musculaire, sont soumises à une rude épreuve lors des phénomènes de rétraction utérine ; en outre, le recouvrement péritonéal au niveau de la ligne d'incision est toujours assez précaire en raison du défaut d'amplication du feuillet viscéral du péritoine et de son adhérence intime à la surface de l'utérus, n'en permettant pas le clivage. Avant que ne se réalise une cicatrisation anatomique oblitérant l'incision, il n'existe qu'une coaptation relative, en tous cas très insuffisante pour opposer au moment des contractions une barrière absolue au suintement séro-sanguinolent et aux microbes de la cavité utérine, qui, vers le quatrième ou le cinquième jour du post-partum présentent leur maximum de virulence. Que l'utérus contienne dans sa cavité des liquides septiques, que les sutures se relâchent sous l'effet de la rétraction du muscle utérin, et les contractions utérines vont exprimer à la façon d'une éponge, ces liquides septiques dans la grande cavité péritonéale. Une péritonite généralisée en sera la conséquence.

Cette possibilité est encore favorisée par l'apparition dans certains cas, d'une lochiométrie résultant d'une condure exagérée de l'utérus, survenant dans le post-partum.

LA CESARIENNE BASSE

Cette opération est définie exactement par l'appellation que lui donne le Professeur Couvelaire de : césarienne transpéritonéale basse avec incision sus-cervicale sur le segment inférieur.

Le procédé de Hirst-Phaneuf est peu utilisé en France. La technique couramment employée est celle de Krœnig-Beck, qui a été vulgarisée par le Professeur Brindeau.

Nous la décrivons dans ses grandes lignes :

Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Trendelenbarg modéré. Au niveau du segment inférieur, à 5 centimètres du cul-de-sac vésico-utérin, *incision transversale du péritoine*, qui est décollé aux ciseaux courbes ; ses deux lèvres supérieure et inférieure sont repérées par des pinces, puis écartées ; à la partie inférieure, une valve de Doyen récline ensemble le lambeau péritonéal et la vessie (Opération rétro-vésicale, Hauch). La grande cavité péritonéale est soigneusement protégée par des compresses abdominales qui isolent parfaitement le champ opératoire. *Incision verticale du segment inférieur*. Dans les cas où le segment est trop court, on n'hésitera pas, pour rendre l'incision suffisante, à la prolonger sur la partie inférieure du corps utérin.

Après extraction de l'enfant et du placenta, on procède aux sutures : 1^{er} plan total à points séparés ; 2^e plan : surjet musculo-musculaire.

Vient ensuite la réfection du péritoine. Le lambeau péritonéal supérieur est rabattu et suturé par quelques points séparés, puis le lambeau péritonéal inférieur est à son tour ramené par dessus le premier, si bien qu'un

double voile serré « en redingote » est tendu au-dessus de la suture musculaire.

On termine par la fermeture de la paroi abdominale.

Voyons quelles sont les objections que l'on fait à la césarienne transpéritonéale basse :

1° *Sa difficulté technique* : la césarienne basse est, sans aucun doute, d'une pratique moins commode pour le chirurgien ; on opère sur une portion d'un organe encaissé dans le fond de la cavité abdominale, et sur lequel on n'a jour que par une ouverture relativement étroite. Après l'incision de la paroi du segment inférieur et l'ouverture de la poche amniotique, le champ opératoire est assez souvent submergé par le sang et il faut un certain entraînement pour ne se trouver ni ému, ni gêné par cette hémorragie dont la gravité n'est cependant, en général, qu'apparente. La paroi du segment inférieur est en effet beaucoup moins épaisse et moins vasculaire que la paroi du corps (sauf dans les cas d'insertion basse du placenta). L'hémostase ne devient vraiment difficile que dans les cas assez rares où l'on tombe sur les gros plexus veineux du segment inférieur.

2° *La durée* de l'opération est un peu plus longue que pour la césarienne haute, mais la différence, en réalité, n'est pas considérable : la multiplicité des temps opératoires est compensée par l'absence d'extériorisation de l'utérus.

3° Le danger de léser la vessie : on opère, en effet, immédiatement derrière elle.

LES AVANTAGES DE LA CÉSARIENNE BASSE

1° *Choc opératoire* moins fréquent et moins intense, du fait qu'on n'extériorise pas l'utérus et qu'on ne touche pas à l'intestin.

2° *Bien plus grande sécurité au point de vue de l'infection* : les sutures portent sur une zone « muette » (Andérodias) ne subissant pas les tiraillements considérables auxquels sont soumises les sutures corporeales ; elles sont donc moins exposées à se relâcher et à se désunir ; en outre, la péritonisation à double paroi fait qu'un suintement dans la cavité péritonéale est impossible ; enfin, dans les cas où l'infection se déclarerait malgré tout, elle se limiterait primitivement à la région du petit bassin.

C'est là la grande supériorité de la césarienne basse, qui la fait préférer de plus en plus à la césarienne haute. Dans les cas où l'on a des raisons de suspecter l'état aseptique du liquide amniotique (Cathala) et a fortiori lorsque l'infection est certaine, *il faut* choisir la césarienne basse. De nombreuses statistiques montrent l'excellence de cette méthode et son immense supériorité dans de pareils cas.

DEUXIÈME PARTIE

Les ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne

L'opération césarienne a un but essentiellement conservateur : elle prétend sauvegarder la fonction de gestation chez la femme. Répond-elle bien au dessein qu'elle se propose ? En ce qui concerne la fertilité des femmes après l'opération, il semble bien que les césariennes n'ont pas d'action perturbatrice notable et que la diminution des grossesses soit due surtout à la restriction volontaire sous l'effet de la crainte chez la femme d'avoir à subir de nouvelles opérations.

Mais, si la césarienne conserve la fonction de procréation, n'est-ce pas au prix de risques sérieux pour la mère ? Cette notion de la possibilité d'une rupture utérine doit dominer toutes les autres préoccupations chez une femme qui redevient enceinte après avoir subi une opération césarienne.

La Césarienne haute, pratiquée couramment depuis très longtemps, peut facilement permettre que l'on porte sur elle un jugement probablement définitif.

Pour la Césarienne basse, les statistiques qui s'y rapportent, moins nombreuses et portant sur un plus petit

nombre de cas, n'autorisent peut-être pas encore une conviction absolue, bien que la majorité des auteurs consultés soient formels dans leur opinion.

En raison des différences considérables qui les distinguent, il convient d'étudier séparément les deux variétés.

CESARIENNE CORPOREALE

Les ruptures utérines se produisant chez des femmes qui ont subi antérieurement l'hystérotomie corporeale sont loin d'être une rareté, et il n'est pas d'accoucheur pratiquant dans un service assez important qui n'en ait observé quelques cas.

La rupture au cours de la grossesse est assez fréquemment observée ; elle ne survient guère que pendant le dernier trimestre de la gestation, pour des raisons que l'on comprend sans peine.

Beaucoup plus souvent, la rupture se produit au moment du travail, lorsque les contractions de plus en plus violentes et rapprochées du muscle utérin vont exercer sur la cicatrice de l'incision des tractions énergiques.

Certaines statistiques de ruptures donnent chez les divers auteurs des proportions qui s'écartent considérablement les unes des autres. En voici les principales :

1904 : Van Leuwen	2,06	%
1909 : Singer	5,90	%
1911 : Marioton	2,50	%
1912 : Essen Moller	14	%
1916 : Haven et Young	8	%
1916 : Williams	20	%

On comprend que, devant son résultat de 20 pour 100, Williams se soit élevé avec véhémence contre l'extension de la césarienne en pratique obstétricale. Mais la véritable proportion paraît être bien inférieure à celle trouvée par Williams. Des statistiques plus récentes oscillent en effet autour d'un chiffre à peu près constant.

Les voici :

Morisson-Lacombe	4 %
Cathala	3 %
Dujol et Clément	4 %
Wilson	3 %
Eardy Holland	3,6 %

La véritable proportion paraît donc être de 3-4 % ; celle qui est admise par le plus grand nombre d'accoucheurs.

Nous voyons donc que la rupture après césarienne haute est un accident relativement fréquent ; et ce chiffre de 3-4 % donne à la grossesse survenant chez une femme antérieurement césarisée un caractère de gravité dont il faut savoir se souvenir.

Peut-on éviter la rupture ? Et d'abord, quelle est la cause qui fait que l'utérus césarisé, qui, dans la grande majorité des cas permet de mener à bien la grossesse, se rompt quelquefois ?

Il est de toute évidence que, surtout si l'on abandonne l'accouchement aux forces naturelles, la *résistance de l'utérus à la rupture* est essentiellement conditionnée par la *solidité de la cicatrice d'incision*. Ceci nous amène à l'étude de la cicatrice utérine.

LA CICATRICE UTÉRINE

1. *Etude macroscopique.* — On peut se rendre compte de l'aspect macroscopique de la cicatrice au cours d'une césarienne itérative, suivie ou non d'hystérectomie ; on peut encore en avoir une idée, quoique moins exacte, par le toucher intra-utérin après un accouchement normal, lorsque l'utérus a complètement évacué le contenu de sa cavité, fœtus et arrière-faix.

Les observations ont montré que les cicatrices présentent de nombreuses variétés ; on a trouvé tous les degrés depuis la cicatrisation parfaite, décelée seulement par une petite dépression linéaire à peine visible, jusqu'à l'amincissement extrême, et la solution de continuité limitée en certains points (fistules utéro-pariétales) ; entre ces extrêmes se placent les cas fréquents de cicatrice présentant un amincissement plus ou moins considérable. Nous donnons ici, à titre d'exemple de ce qu'on observe couramment dans la pratique, un résumé extrait de la remarquable étude qu'a faite sur ce sujet le Docteur Morisson-Lacombe (1), élève du Professeur Couvelaire :

Sur 50 cas observés de 1890 à 1920, à la Clinique Baudelocque, il relève :

Pas de renseignements anatomiques (utérus ayant permis des accouchements ultérieurs par les voies naturelles)	5
Cicatrice bonne	16

(1) MORISSON-LACOMBE : L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la Césarienne haute. Th. de Paris, 1920.

Amincissement léger (plus de 1 cm d'épaisseur sur l'utérus rétracté)	8
Amincissement partiel (après résection on a pu conserver l'utérus)	3
Amincissement notable (moins de 1 cm d'épaisseur sur l'utérus rétracté)	5
Amincissement considérable	2
Rupture	2

L'étude sérieuse des caractères de la cicatrice et l'évolution des gestations ultérieures ont permis les importantes conclusions suivantes :

1° L'aspect extérieur régulier de la cicatrice utérine ; sa presque invisibilité sont, en général, l'indice d'une bonne cicatrice.

2° Cette règle n'est pas absolue ; parfois, à l'apparente perfection de la cicatrice vue par l'extérieur, s'oppose en réalité un amincissement plus ou moins considérable perçu par le toucher pratiqué sur la face interne de l'utérus.

3° Il n'y a pas un rapport constant entre l'épaisseur d'une cicatrice et sa solidité. On peut voir des ruptures de cicatrice qui avaient pourtant la même épaisseur que le reste de la paroi utérine ; inversement, on a vu des cicatrices très minces présenter une étonnante solidité. Dans cette question interviennent évidemment, à côté du facteur *volume* de la cicatrice, les notions de *texture histologique* et *qualité* du tissu cicatriciel.

4° La *répétition* de la césarienne est probablement un facteur d'aggravation réelle, que la deuxième section ait été faite sur la cicatrice elle-même ou en dehors d'elle.

5° La connaissance des suites opératoires (normales ou

compliquées d'infection) de la césarienne, ne paraît pas pouvoir servir de guide dans l'appréciation de la solidité de la cicatrice.

2. *Etude microscopique.* — Y a-t-il ou non reconstitution histologique parfaite au niveau de la ligne d'incision ? Cette question a été très débattue il y a une vingtaine d'années.

En 1909, le Professeur Couvelaire concluait de ses recherches sur ce sujet : « La cicatrice du muscle lisse est toujours de nature conjonctive. La tare cicatricielle est inévitable. » Quelque temps après, Audebert, appuyé de l'autorité de Tourneux, soutenait la théorie inverse de la *restitutio ad integrum* et apportait des preuves histologiques.

Nous pouvons conclure aujourd'hui : La cicatrice *de nature musculaire* existe sans doute, mais elle est rare ; le plus souvent, il se forme une cicatrice *de nature conjonctive*.

« Les résultats qu'ont donnés les examens histologiques chez la femme montrent que le processus de cicatrisation est essentiellement variable et qu'on *peut tout voir*, depuis les cas où la cicatrice utérine n'est représentée que par l'accolement de la muqueuse et du péritoine jusqu'à ceux où la réunion des deux lèvres de la plaie utérine est si complète que la cicatrice invisible à l'œil nu est même difficilement décelable au microscope » (Morisson-Lacombe).

On peut ainsi classer par ordre de perfection croissante, les processus de cicatrisation révélés par l'examen microscopique (Alfred Baker-Spalding) :

1° Cicatrisation complètement fibreuse : « La cicatrice

présente beaucoup de tissu fibreux et pratiquement pas de fibres musculaires. Il y a quelques vaisseaux sanguins dans la cicatrice, mais pas d'éléments de caduque. Les éléments élastiques normaux du muscle sont absents dans la cicatrice. La cicatrice, quoique fibreuse, paraît très solide.

2° Cicatrice d'apparence musculaire : « La cicatrice a la même apparence que celle de tout tissu musculaire, à part de légers dépôts fibrineux et une légère dépression de la muqueuse. Les fibres musculaires ne sont pas aussi compactes, mais la quantité de tissu élastique est aussi abondante que normalement.

3° Cicatrice musculaire, mais amincie.

4° Réparation musculaire complète : on ne connaît guère jusqu'à présent que la pièce d'Audebert.

La constatation de ces défauts dans la réparation de la plaie opératoire devait tout naturellement conduire à en rechercher les causes afin de pouvoir obtenir une cicatrice se rapprochant au maximum de la structure du corps utérin.

Les statistiques recueillies à cet effet (Bar, Marioton), semblent bien prouver que *les progrès techniques de l'opération césarienne ont amélioré l'état de la cicatrice*. En effet, le processus de cicatrisation évolue de la manière suivante :

Il se forme d'abord entre les deux lèvres de l'incision une bande de fibrine. Celle-ci est le substratum de la charpente conjonctive qui va servir de trait d'union entre les faisceaux musculaires sectionnés (P^r Couvelaire). Ainsi, les cellules conjonctives se multiplient. Si la coaptation est parfaite, la cicatrisation peut consister en une union musculaire complète, si bien que la cica-

trice devient invisible à l'œil nu et peut à peine être décelée au microscope.

« Mais l'infection, même légère, le relâchement des sutures et les contractions du muscle utérin peuvent empêcher cette coaptation parfaite ; aux points de séparation il se forme de petits hématomes, puis des foyers de prolifération de tissu conjonctif avec peu ou pas de fibres musculaires. Il en résulte des zones de moindre résistance, qui, selon leur nombre et leur étendue, résistent ou non au cours du travail. » (Morisson-Lacombe.) La technique de la suture utérine constitue un facteur particulièrement important pour l'obtention d'une cicatrice solide et non amincie. Un grand nombre d'auteurs faisaient des points musculo-séreux, c'est-à-dire qu'ils évitaient de prendre la muqueuse dans leur suture afin de ne pas créer de petits conduits qui, de la cavité utérine à la cavité abdominale à travers la paroi, risqueraient d'inoculer le péritoine. Cette pratique est la cause d'amincissements considérables qui ont pu être constatés au niveau de la cicatrice. Demelin et Devraigne se sont élevés contre cette méthode et ont insisté sur les grands avantages dans les cas purs, de la suture complète, muqueuse comprise, pratiquée en prenant toute la paroi malgré les risques d'infection possible. Après deuxième et troisième césarienne dans plusieurs cas, Devraigne n'a constaté aucune trace d'amincissement.

L'obtention d'une cicatrice parfaite est donc un facteur d'une opération pratiquée dans d'excellentes conditions sous tous les rapports. Un pareil concours de circonstances est bien rare dans la pratique. Fort heureusement, la cicatrice, pour être solide, n'a pas besoin d'être histologiquement semblable au tissu utérin normal. Et

la cicatrice conjonctive, qui est celle qui se forme dans la majorité des cas, présente une solidité suffisante pour permettre encore une ou plusieurs gestations ultérieures.

Pratiquement on peut, avec Morisson-Lacombe, admettre que dans les trois-quarts des cas, on aura une cicatrice donnant toute sécurité ; dans un quart des cas seulement, la cicatrice présente un amincissement considérable et constitue une menace de rupture ; encore faut-il dire que même dans ces cas d'amincissement extrême, des accouchements répétés de gros enfants ont pu se faire sans la moindre complication, en particulier sans rupture.

CESARIENNE TRANSPERITONEALE BASSE

De même que pour les femmes ayant subi la césarienne corporéale, se pose chez les femmes opérées de césarienne basse, la question du pronostic lors d'une grossesse ultérieure.

Mais ce point d'inconnu prend ici un caractère particulièrement sérieux. Cela tient à la raison suivante :

La césarienne corporéale est réservée aux cas purs, c'est-à-dire exempts de toute infection. A la fin de la grossesse, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien la césarienne fut pratiquée pour une dystocie temporaire (placentaprævia, fibrome prævia, procidence, présentation irréductible de l'épaule, décollement du placenta) et alors tout permet d'espérer que l'accouchement va se faire cette fois par les voies naturelles ; ou bien il s'agit d'un bassin rétréci, et alors on sera conduit à pratiquer une césarienne itérative dès le début du

travail. Dans un cas comme dans l'autre, la cicatrice utérine ne court pas un grand danger de rupture.

Il en est tout autrement dans la césarienne basse. Sa grande indication, en effet, en plus des cas infectés, est constituée par les « bassins limites », ceux pour lesquels on ne peut dire à l'avance si le fœtus pourra ou non être extrait par les voies naturelles ; en permettant l'épreuve du travail grâce à sa possibilité de faire les frais d'une infection éventuelle, la césarienne basse a permis d'obtenir par les voies naturelles beaucoup d'enfants que jadis, par une juste prudence, on n'eût pas hésité à extraire par césarienne haute. C'est pourquoi l'on a pu dire avec raison que la césarienne basse était la meilleure prophylaxie de la césarienne.

Mais aussi, à quelle épreuve va être soumis ce segment inférieur avec sa cicatrice, pris entre les contractions violentes du corps utérin et la résistance que le bassin osseux oppose au passage du fœtus !

Ici encore, tout le problème gravite autour de cette question : Quelle est la valeur de la cicatrice utérine ?

Résistance de la cicatrice utérine de la césarienne basse. — Statistiques de ruptures. — Nous verrons plus loin, à propos de l'étude macroscopique et microscopique de la cicatrice de césarienne basse, que le segment inférieur, à la fin de la gestation, présente un amincissement considérable ; l'amincissement devient extrême au moment de l'accouchement, du fait de la distension que subit alors le segment inférieur. Certains auteurs, au début de l'ère de la césarienne basse, déduisirent de cette constatation qu'une cicatrice d'incision segmentaire courrait ainsi un risque de rupture beaucoup plus considé-

nable que pour la cicatrice corporeale, lors d'une gestation ultérieure.

L'expérience a fait raison de ces conjectures. Nous possédons aujourd'hui un recul suffisant pour opposer à de simples suppositions des faits précis et indiscutables.

Gellé a recherché tous les cas de rupture après césarienne basse qui ont été signalés. Il n'a pu en relever que 22 observations. En voici les sources : Vogt, 5 cas ; Franz, 3 cas ; Hellmuth, 3 cas ; Süssmann, 2 cas ; Freund, Wolff, Martius, Müller, Wetterwald, Weber, Willkomm, Maxwell, Eversmann, chacun un cas.

Ces 22 observations, après un examen critique sérieux, se réduisent en réalité à 18. Et encore, comme le fait remarquer Gellé « cette rupture ne peut toujours être reprochée au procédé lui-même, mais souvent aux conditions spéciales de son emploi, le placenta prævia, par exemple; si l'on veut éviter une déchirure de la tête foetale, il ne faut pas vouloir limiter l'incision de façon excessive. En France, où cette erreur n'a pas été commise, où la césarienne basse a été surtout réservée aux rétrécissements pelviens et n'a pas eu de ce fait à compter avec les particularités de l'insertion basse du placenta, *on ne relève pas un cas de rupture sur 1.085 observations.*

Le problème devient malaisé lorsqu'il s'agit de déterminer un pourcentage de rupture dans la césarienne basse. Pour Gellé, ces 18 cas de ruptures seraient à mettre en face des 4.931 observations de césarienne basse qu'il a relevées. Il remarque en outre qu'on obtient ainsi une proportion supérieure à la réalité, car tous les cas de rupture ont sans doute été publiés, tandis que le nombre des césariennes basses est impossible à détermi-

ner. (Greenhill cependant évaluait ce nombre à 25.000 environ en 1928.)

En réalité, nous ne pouvons tirer de cette statistique, pourtant considérable, aucune indication quant au pourcentage des ruptures ; car, comme le font remarquer Andérodias et Balard, le pourcentage de rupture ne doit pas être calculé sur le nombre total des césariennes pratiquées, mais seulement sur le chiffre des *femmes redevenues enceintes*, qui seules sont dans des conditions permettant à la rupture de se produire. C'est dans ce sens que devrait être faite une statistique destinée à établir mathématiquement les risques de rupture.

Une autre statistique a été faite par le Professeur Andérodias et le Docteur Balard (de Bordeaux). En voici le détail, représentant les accouchements spontanés et les césariennes itératives observés chez certains auteurs qui ont communiqué leurs résultats :

Andérodias et Balard	19
Phaneuf	189
Reeb	51
Hauch	4
Hamm	5
Jung-Wetterwald	135

Sur ce total de 403 gestations après césarienne basse, on relève 1 *rupture*, rapportée par Wetterwald (service du Docteur Jung). En voici l'histoire, qui est assez typique :

Il s'agissait d'une primipare, alors âgée de 26 ans, chez laquelle pour une présentation de la face on avait fait en 1920 une césarienne transpéritonéale basse, car la tête refusait de s'engager et le menton s'était tourné en arrière.

Les suites opératoires furent bonnes et apyrétiques. Cinq ans plus tard cette femme revient avec le diagnostic de rupture utérine. Le 14 juin 1925 dans l'après-midi elle ressent les premières douleurs ; le lendemain à 2 h. 30 du matin, la tête s'est engagée dans le petit bassin, la dilatation étant presque complète ; une heure et demie plus tard on la voit à la vulve. Tout-à-coup, les douleurs cessent et il s'écoule du sang au dehors du vagin. Après avoir injecté de la pituitrine, le médecin fait un forceps ; celui-ci, très facile, ramène un enfant mort. L'état de la femme empire et le médecin l'envoie à la Maternité après avoir posé le diagnostic de rupture de l'utérus. La malade est opérée d'urgence par Jung 4 heures 1/2 après la rupture. On trouve une quantité abondante de sang dans la cavité abdominale. *L'ancienne cicatrice du segment inférieur a complètement cédé.* Extirpation subtotale de l'utérus et suture des bords de la rupture. Péritonisation. Cinq heures après cette intervention, la malade succombe par suite de l'hémorragie qui avait été très importante.

Enfin, Wetterwald, étudiant 3.600 cas de rupture utérine, y a trouvé, en plus du cas rapporté par lui, neuf autres observations analogues. Il en déduit que la proportion des ruptures utérines après césarienne basse se trouve être dans sa statistique de 0,28 pour 100, c'est-à-dire dix fois moins que pour la césarienne corporéale.

Cette conclusion encourt le même reproche que celle de Gellé : la proportion de ruptures qu'elle donne est calculée sur le nombre total des césariennes pratiquées, et non sur le nombre de femmes redevenues enceintes.

Dans cette étude de la césarienne basse, un fait s'impose à l'attention : la rareté des cas de rupture observés. Cette constatation, nous avons déjà pu la faire en France, où le nombre des césariennes basses pratiquées commence à être considérable. A Paris seulement, 301 césariennes basses ont été pratiquées dans le service du

Professeur Brindeau, de 1924 à 1929, et 206 dans le service du Professeur Couvelaire de 1925 à 1930. Nous savons qu'on n'a encore signalé aucun cas de rupture.

LA CICATRICE DE LA CESARIENNE BASSE

Cette étude a fait l'objet de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger.

CONSTATATIONS MACROSCOPIQUES

Max Wetterwald a rapporté que sur 54 césariennes basses observées personnellement, il a fallu faire 13 fois une césarienne itérative, au cours de laquelle on a constaté la restauration parfaite du segment inférieur.

Gellé note que le nombre des cas où la césarienne itérative a permis de constater l'intégrité absolue du segment inférieur dépasse la centaine.

Phaneuf (de Boston) rapporte une statistique de 224 césariennes supra-symphysaires. Ces 224 cas comprennent 78 césariennes itératives, se répartissant sur 33 femmes seulement, de la façon suivante :

3 femmes subirent 4 fois la césarienne basse
6 femmes subirent 3 fois la césarienne basse
24 femmes subirent 2 fois la césarienne basse

Il a donc pratiqué sur ces 33 gestantes, 45 opérations itératives. Or, dans 44 de ces cas, le segment inférieur était absolument intact ; dans un cas seulement, le 45^e, la cicatrice du segment inférieur présentait un amincissement de 2 cm 5 environ sur sa partie supérieure.

Balard donne la statistique suivante, résultant de ses observations à la Maternité de Bordeaux : « Sur 15 césariennes itératives, nous avons constaté 6 fois l'intégrité absolue du segment inférieur et du péritoine vésico-utérin, à tel point qu'il est impossible de se douter que la femme eût subi antérieurement une césarienne. Six fois le péritoine adhérait à l'utérus plus que de coutume, mais on put cependant parvenir à le décoller ; une fois ces adhérences étaient telles qu'il fallut sculpter le muscle ». Balard cite en outre une observation personnelle où il constata par deux fois sur la même malade l'intégrité absolue du segment inférieur, d'abord au cours d'une césarienne itérative onze mois après la première, ensuite lors d'une hystérectomie pratiquée trois ans après pour grossesse extra-utérine.

ETUDE MICROSCOPIQUE

L'étude histologique de la cicatrice d'incision de la césarienne basse n'a encore été faite que par un très petit nombre d'auteurs.

Il est nécessaire, pour la compréhension de cette étude, de rappeler brièvement la structure histologique du segment inférieur et la modification qu'y apporte l'état de gravidité.

On sait que la paroi utérine s'amincit d'autant plus que la grossesse approche du terme. Les observations d'Hofmeier donnent les chiffres suivants (cité par Demeulin) :

Utérus gravide de 3 mois :

Epaisseur moyenne de la paroi utérine : 16 millim.

Epaisseur de la paroi du segment inférieur : 11 millim.

Epaisseur de la paroi à l'attache fixe du péritoine : 15 millim.

Epaisseur de la paroi au-dessus de l'attache fixe : 15 millim.

Utérus gravide au 9^e mois :

Hauteur totale de l'utérus : 25,5 cm.

Hauteur du segment inférieur : 5 cm.

Epaisseur de la paroi vers le milieu du corps : 7 millim.

Epaisseur de la paroi au fond : 7 millim.

Epaisseur de la paroi au segment inférieur : 4 millim.

Ainsi, le segment inférieur est toujours la région où la paroi musculaire s'amincit le plus. Pour cette même région, la diminution d'épaisseur se fait progressivement de haut en bas. A la fin de la grossesse, on peut observer un minimum de 5, 4 et 2 millimètres même.

La structure histologique du segment inférieur est assez particulière. On sait que la couche musculaire plexiforme, si importante dans le corps de l'utérus, disparaît au niveau du segment inférieur, qui est, par suite moins musclé : les fibres lisses sont rassemblées en lamelles étroites superposées et dirigées obliquement de haut en bas et de la face externe vers la face interne du segment inférieur. Ces lamelles sont réunies par des travées connectives parallèles entre elles et formant avec les lames musculaires des figures losangiques très allongées. (Ruge, cité par Demelin.)

Voyons maintenant les résultats fournis par l'examen microscopique des pièces :

En 1923, Gaifami a fait un examen histologique après hystérectomie, sur un utérus ayant subi la césarienne

basse 2 ans auparavant. Il n'existait pas de trace de la cicatrice à l'œil nu. Microscopiquement, il constata une restitution ad integrum presque complète. On voyait seulement par endroits le tissu conjonctif prédominer sur l'élément musculaire, sans cependant que la paroi fût jamais conjonctive dans toute son épaisseur.

Wilhelm Bach, de Breslau, en 1928, a fait l'étude histologique de la cicatrice sur un utérus qui avait subi 3 opérations césariennes basses. L'auteur nota la régénération complète des éléments musculaires, muqueux et séreux.

Citons encore un examen de Hauch assez probant, quoiqu'il s'agisse d'un utérus non gravide.

Ainsi donc, bien souvent, l'utérus présente après la césarienne basse une reconstitution anatomique à peu près parfaite. Cette supériorité dans les résultats de la cicatrisation paraît tenir à une double cause : C'est d'abord que la structure histologique du segment inférieur est beaucoup moins riche en fibres musculaires que le corps utérin, et par contre, riche en *tissu conjonctif*; cela explique que la restitutio ad integrum y soit plus facile, le tissu cicatriciel étant lui-même de nature conjonctive.

C'est ensuite que le segment inférieur n'est pas, comme le corps utérin, le siège de contractions violentes et de phénomènes de rétraction considérables. Cette immobilité relative au niveau du tissu suturé évite la désunion des deux lèvres de la plaie ; par suite, la structure du tissu de réparation se rapprochera du maximum de celle du tissu segmentaire normal.

Nous n'oserions, pour notre part, affirmer que la restitutio ad integrum est en pratique aussi fréquente et aussi

complète. Mais nous pensons que l'obtention d'un tel résultat est ici moins indispensable encore que pour la cicatrice siégeant sur le corps de l'utérus, du fait que le segment inférieur ne joue pas, lors de l'accouchement, un rôle physiologique aussi actif; ainsi qu'on l'a dit très justement, c'est un simple canal de passage.

TROISIÈME PARTIE

Étude clinique des ruptures utérines consécutives à des opérations césariennes

I. — ETUDE COMPARATIVE DU PRONOSTIC ELOIGNÉ DES DEUX VARIÉTÉS DE CÉSARIENNE

L'expérience a montré que les césariennes ne paraissent pas réduire sensiblement la puissance procréatrice de la femme. La question se pose alors de savoir si ces opérations n'exercent aucune influence sur la marche des accouchements ultérieurs.

1. LES ACCOUCHEMENTS APRES CÉSARIENNE CORPORÉALE

Il ne s'agit ici que des cas où la césarienne a été faite pour une cause de *dystocie temporaire*, c'est-à-dire autre qu'un rétrécissement pelvien.

L'accouchement est en général facile ; nous avons vu que la césarienne corporéale permettait souvent plusieurs *accouchements spontanés* ; contrairement à ce qu'on pourrait penser à priori, la force contractile du muscle utérin n'est pas sensiblement diminuée du fait

de l'existence de la cicatrice. Si l'on termine assez souvent l'accouchement par forceps ou version, c'est par mesure de prudence contre la *possibilité d'une rupture utérine*. Cet accident est toujours à craindre, même dans les cas favorables ; il l'est encore davantage après les opérations césariennes itératives, qui se pratiquent couramment deux, trois, quatre et même cinq fois ; en effet, on observe fréquemment dans ces cas un amincissement plus ou moins considérable des zones d'incision, surtout lorsque l'opérateur a suturé suivant la technique qui épargne la muqueuse et une partie de la musculuse.

Un certain nombre d'accoucheurs stérilisent la femme à la 3^e (Devraigne) ou même à la 2^e opération césarienne ; d'autres estiment que le danger pour l'avenir est relativement minime et ne commande pas une telle pratique.

2. LES ACCOUCHEMENTS APRÈS CÉSARIENNE BASSE

Des accouchements qui se font à terme, les uns se terminent spontanément ; les autres par césarienne itérative. Dans quelle proportion peut-on escompter la terminaison spontanée de l'accouchement ? On trouve chez les auteurs des réponses très différentes. En voici quelques-unes recueillies par Andérodias et Balard :

Andérodias et Balard : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses, soit 21 %.

Phaneuf : 14 accouchements spontanés sur 189 grossesses, soit 7,40 %.

Reeb : 4 accouchements spontanés sur 4 grossesses, soit 7,84 %.

Hauch : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses, soit 50 %.

Hamm : 0 accouchement spontané sur 5 grossesses, soit 0 %.

Jung : 70 accouchements spontanés sur 135 grossesses, soit 51,8 %.

Enfin, Jung ayant collaté les statistiques de 23 auteurs, obtint une moyenne de 23 %.

Il est donc difficile d'établir un pourcentage; celui-ci variera suivant l'opinion de l'accoucheur sur cette question et aussi les indications générales d'après lesquelles cette opération est pratiquée.

Le problème, en effet, se posera surtout dans les cas de bassins « limite ». C'est ici que la différence est très grande entre césarienne haute et césarienne basse. Si la femme au bassin limite a été opérée antérieurement de césarienne haute, *la crainte de la rupture utérine* et de l'infection conduit à faire une césarienne itérative dès le début du travail. Si au contraire l'opération pratiquée sur elle a été la césarienne basse, on a le droit d'espérer un résultat favorable de l'épreuve du travail, car le danger de rupture est dans ce deuxième cas beaucoup moins grand.

Cette considération très importante nous explique pourquoi il est bien difficile de formuler un rapport, même approximatif, entre la fréquence respective des ruptures utérines survenant après chaque méthode de césarienne, les conditions variables, le laps de temps très différent pendant lequel on a laissé l'utérus fournir son effort, font que les observations des deux catégories se prêtent mal à la comparaison rationnelle.

L'expérience a montré que les accouchements par les voies naturelles ont pu se répéter plusieurs fois sans danger chez la même femme. C'est ainsi qu'on a observé :

Keller : 2 accouchements spontanés après cés. basse.

Reeb : 3 accouchements spontanés après cés. basse.

2 accouchements spontanés après cés. basse.

Phaneuf : 3 accouchements spontanés après cés. basse.

2 accouchements spontanés après cés. basse.

Balard : 2 accouchements spontanés après cés. basse.

Wetterwald : 6 accouchements spontanés après cés.
basse (un cas).

4 accouchements spontanés après cés.
basse (un cas).

3 accouchements spontanés après cés.
basse (deux cas).

Ces faits viennent attester la *résistance remarquable des cicatrices de la césarienne basse* et la légitimité de la confiance que l'on peut avoir en la possibilité d'un ou plusieurs accouchements spontanés ultérieurs.

En résumé, nous croyons qu'en l'état actuel de la question, il est impossible de donner un pourcentage approximatif du risque de rupture après césarienne basse. Nous nous bornerons donc à indiquer les chiffres constatés ; ils sont d'ailleurs suffisamment éloquents par eux-mêmes :

Pour la césarienne haute, nous avons vu Morisson-Lacombe arriver à 4 % de ruptures utérines. Eardy Holland arrive à une proportion sensiblement égale sur 97 cas ; les statistiques les plus favorables admettent 1 %. Planès, dans sa thèse, donne le chiffre de 8 %.

Du côté de la césarienne basse :

18 ruptures sur 4.931 observations (Gellé).

10 ruptures sur 3.600 observations (Wetterwald).

0 rupture sur 1.085 observations (Auteurs français).

De ces constatations, il ressort que la césarienne basse, si elle est pratiquée dans les cas où elle se trouve nettement indiquée et suivant une technique correcte, donne une sécurité très grande contre la rupture au cours des gestations ultérieures.

II. — SYMPTOMATOLOGIE DES RUPTURES POST-CESARIENNES. — LES DIFFICULTES POSSIBLES DU DIAGNOSTIC

La Symptomatologie des ruptures utérines en général est une question bien connue. Ce serait sortir de notre sujet que de la décrire en détail. Ce chapitre sera donc court à dessein. Nous insisterons surtout sur l'allure particulière que peut prendre le tableau clinique dans certains cas ; cette éventualité n'est pas l'apanage des ruptures post-césariennes ; mais elle se produit ici avec une plus grande facilité parce qu'on a affaire à un utérus porteur d'une cicatrice d'incision qui peut s'être réparée plus ou moins imparfaitement.

1. *Avant tout début de travail.* — Il semble de prime abord que l'ensemble symptomatique : signes d'hémorragie interne et de shock péritonéal, caractéristique de toute rupture typique de l'utérus, doive imposer le diagnostic. Cela se voit assez souvent ; mais il n'en est pas toujours ainsi. *Les utérus césarisés fournissent un fort contingent aux formes insidieuses de ruptures utérines.* Les cas ne sont pas rares où la femme, au lieu de la douleur brusque et syncopale au moment de la rupture, éprouve seulement une sensation de vertige passager ou

une douleur d'intensité modérée; les modifications du pouls ne surviennent que tardivement ; quant à l'hémorragie externe, elle peut totalement manquer, soit parce qu'il se fait une hémostase spontanée, soit que l'hémorragie est uniquement intro-abdominale ou sous-péritonéale suivant les cas.

Ces formes insidieuses de rupture utérine doivent être toujours présentes à l'esprit du médecin s'il ne veut pas méconnaître un accident dont les suites sont si graves. Notre maître Devraigne, qui a eu l'occasion d'observer personnellement plusieurs cas de rupture utérine après césarienne corporéale, a insisté au cours d'une leçon clinique sur la relative fréquence de ces formes à symptomatologie fruste. Trois de ces cas, dont un surtout est très caractéristique, ont fait l'objet d'une communication à la Société de Médecine Légale de France (1). Nous en donnons ici l'histoire résumée :

OBS. 1. — Il s'agit d'une femme opérée à 18 ans de césarienne haute pour bassin généralement rétréci par le Docteur Devraigne. Vingt et un mois après, alors qu'elle est enceinte de 8 mois, cette femme ressent, le 5 novembre 1931, à 13 heures, quelques douleurs abdominales d'intensité modérée, qui vont persister pendant deux heures sans régularité. A 15 heures, cette femme sent brusquement une douleur brutale dans l'abdomen, sans localisation précise. A cette douleur fait suite une accalmie manifeste : douleur très atténuée, bon facies, pouls bien frappé. La sage-femme de garde à Lariboisière pratique un examen physique dont le résultat est rassurant : paroi abdominale souple, utérus de consistance et de forme normales ; battements du cœur fœtal perceptibles ; aucun signe de travail.

Vers 18 heures, la malade fait une petite syncope, puis les douleurs abdominales reprennent un peu plus fortes.

(1) L. DEVRAIGNE : Annales de Médecine légale. Février 1932.

Dans les deux heures qui suivent, cette femme ressent un affaiblissement progressif et à 20 heures elle se plaint de céphalée et de troubles visuels.

A ce moment, son état a changé ; facies péritonéal caractéristique ; pouls petit et rapide, autour de 110 ; tension artérielle $9,5 \times 5,5$. Elle accuse une douleur abdominale diffuse, spontanée, mais pas très intense. A l'examen local, on trouve une contracture généralisée de la paroi abdominale. Il n'y a pas d'hémorragie externe.

Laparotomie à 20 heures. On trouve dans l'abdomen une quantité abondante de sang noir, partiellement coagulé. Le fœtus, mort, et le placenta sont passés dans la cavité péritonéale. L'utérus apparaît bien rétracté, présentant une brèche qui répond à la cicatrice d'incision.

Hystérectomie ; Mickuliez. Guérison rapide.

OBS. 2. — Il s'agit encore d'une secondigeste qui attendait sa deuxième césarienne à l'hôpital Lariboisière. L'histoire clinique et l'évolution sont à peu de chose près comparables à l'observation précédente.

En somme, dans ces deux cas, il y eut une douleur brusque, suivie de douleurs modérées à caractère irrégulier. Les signes généraux ne se manifestèrent que quelques heures plus tard. Mais alors, par leur netteté ils imposèrent le diagnostic.

Bien différent est le dernier cas.

OBS. 3. — Une femme, opérée de césarienne haute à l'hôpital Lariboisière par le Docteur Devraigne, redevient enceinte. Ne voulant à aucun prix d'une nouvelle césarienne, elle accepte un accouchement prématuré au début du 9^e mois. Le jour fixé pour l'intervention, elle vient de la banlieue où elle habite, à Paris en chemin de fer. Durant le voyage, elle ressent une douleur brutale sous le foie. A l'arrivée chez la sage-femme agréée où devait se faire l'accouchement, le Docteur Devraigne trouve un abdomen sensible, un pouls et une température normaux ; pas de nausées ni de vomissements ; enfin un très léger subictère qui décide ce praticien à laisser reposer la femme jusqu'au lendemain.

Le lendemain matin, devant l'état général excellent de

la femme, le Docteur Devraigne pose un ballon de Champetier gonflé à 300 grammes ; celui-ci n'ayant donné aucun résultat au bout de vingt-quatre heures, le Docteur Devraigne se décide à intervenir. Après avoir enlevé le ballon, il est très surpris de trouver un utérus vide, bien rétracté, du volume d'un utérus de 4 mois. *L'état général était toujours excellent.*

La laparotomie fut rapidement pratiquée. « A ma grande surprise, dit le Docteur Devraigne, je trouvai dans l'abdomen un œuf complet que je n'eus qu'à cueillir, très peu de sang qui pouvait expliquer le léger subictère observé, et un utérus petit, globuleux, rétracté, dur, qui à cause de cela n'avait pas saigné, mais qui présentait un sillon répondant à la cicatrice antérieure. »

Hystérectomie subtotale ; guérison sans drainage.

Il s'agit là d'un cas de rupture remarquable par son caractère insidieux : douleur réduite à son minimum d'expression ; hémorragie pratiquement inexistante. Quant aux signes fonctionnels, ils manquèrent pendant près de trois jours ; ce sont les signes physiques qui permirent le diagnostic.

Aussi, on se rappellera que, de tous les signes fournis par l'examen, les plus importants sont ceux que donne la *palpation*, car les signes fonctionnels et généraux sont souvent trompeurs ; Varnier et le Professeur Pinard ont depuis longtemps déjà insisté sur ce point. Au moindre signe d'alarme, on recherchera la contracture de défense de la paroi, le changement de consistance de l'utérus et son changement de forme plus ou moins accentué. Dans les cas où le fœtus est passé dans la cavité abdominale, la *sensation de superficialité* à la palpation des parties fœtales a évidemment le maximum de valeur.

2. *Au cours du travail* : Là aussi la rupture peut passer inaperçue, surtout si elle se produit à la période d'expulsion. Le signe si précieux de Bandl-Frommel, avertisseur

de l'imminence de la rupture, manque généralement ici.

De l'évolution favorable des trois cas que nous avons cités, il ne faudrait pas conclure à la bénignité des ruptures utérines post-césariennes. On leur prête, en général il est vrai, un pronostic moins défavorable que pour les ruptures d'utérus non césarisés. Elles n'en sont pas moins un accident redoutable qui entraîne assez souvent la mort de la femme, surtout dans ces formes insidieuses où rien ne vient révéler la situation en réalité critique de la malade. A l'insidiosité dans l'apparition fait suite, dans ces cas, l'insidiosité dans l'évolution : la période qui suit la production sournoise de la rupture est plus latente encore : le facies n'est pas altéré, la température est normale, le pouls est ample, peu fréquent ; il n'y a pas de dyspnée. C'est pourquoi le plus souvent on n'intervient pas et la femme meurt d'hémorragie ou de péritonite dans un délai plus ou moins long.

III. — PROPHYLAXIE DE LA RUPTURE UTÉRINE

La cicatrice de césarienne basse est généralement très solide ; la cicatrice corporéale, quoique de qualité sensiblement inférieure, permet cependant l'accouchement par les voies naturelles dans un certain nombre de cas. L'accoucheur peut tenir trois conduites bien différentes : pratiquer, au cours d'une intervention, l'hystérectomie ou la stérilisation ; au cours d'une grossesse post-césarienne, faire une césarienne itérative ; enfin, essayer d'avoir un enfant vivant par les voies naturelles. On voit par là combien une conduite rationnelle, basée sur les particularités des divers cas qu'on peut rencontrer

en pratique, est susceptible de réduire le nombre des ruptures survenant au cours du travail.

1° Il faut savoir ne pas être conservateur à outrance. L'optimisme est légitime dans les cas favorables ; mais on pratiquera une hystérectomie si au cours d'une césarienne on s'aperçoit qu'une infection inévitable risque de compromettre gravement la solidité de tout le tissu utérin ; une hystérectomie aussi, ou une stérilisation si à l'occasion d'une césarienne itérative on constate un amincissement notable de la ou des zones d'incision. La rupture n'est pas fatale, mais c'est un accident si grave qu'on ne saurait se reprocher un excès de prudence.

2° La surveillance systématique de toute femme qui redevient enceinte après avoir subi une césarienne donnera d'excellents résultats. Le mieux serait d'obtenir de la femme qu'elle entre à la clinique dans les derniers mois de sa grossesse ; il faudra en tout cas la prévenir du danger qu'elle court et l'engager vivement à se présenter dès le début du travail.

3° C'est surtout dans les cas de bassins rétrécis qu'il y a grand intérêt à ne pas faire de trop grosses erreurs, dans l'appréciation des possibilités d'accouchement spontané. Il faudra savoir distinguer le bassin véritablement « limite » où l'on peut tenter l'épreuve du travail avec des chances de succès, du bassin véritablement trop exigü pour lequel la césarienne itérative s'impose d'emblée. On arrivera à une évaluation judicieuse des possibilités d'accouchement spontané en tenant compte, en plus des dimensions du bassin, de l'état de l'utérus, des parties molles, du volume de l'enfant et de certaines particularités maternelles ou fœtales. C'est affaire de cas particuliers.

4° Enfin, même dans les cas où l'on peut espérer l'accouchement spontané, il sera souvent prudent de terminer par un forceps ou une version afin de diminuer les efforts d'un organe que, à cause de son ancienne blessure, l'on ne saurait trop ménager.

CONCLUSIONS

I. L'opération césarienne, en raison des inestimables services qu'elle rend, est devenue une opération de pratique obstétricale courante. Son grand développement donne à la question de la solidité de l'utérus au cours des grossesses qui suivront, un caractère de haut intérêt.

II. L'examen de l'utérus in situ lors des césariennes itératives et l'étude histologique des pièces montrent que la réparation de l'incision est beaucoup plus parfaite au niveau du segment inférieur que sur le corps de l'utérus.

III. L'utérus césarisé au niveau de son segment inférieur résiste remarquablement au cours des gestations et des accouchements ultérieurs. A ce point de vue, la césarienne basse possède sur la césarienne corporéale une grande supériorité ; les ruptures s'y observent avec une bien moins grande fréquence, malgré que l'on pratique souvent une « épreuve du travail » pendant laquelle l'utérus fournit le maximum de son effort.

IV. Le danger de rupture utérine existe non seulement pendant le travail, mais aussi durant les derniers mois de la gestation. Il faut être prévenu de la fréquence relative des formes insidieuses de ruptures des utérus césarisés, en raison de l'importance essentielle d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

V. Au cours des gestations après césarienne, une surveillance sérieuse de la femme, avertie des risques possibles, s'impose plus que jamais, surtout dans les derniers mois, où l'on conseillera le séjour en clinique ou en maternité.

Vu :

Le Président de thèse :

COUVELAIRE.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. — COUVELAIRE. — Rapport à la Société Obstétricale de France (1909).
2. — Les Avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique. *La Vie Médicale*, n° 8, 25 avril 1930.
3. — MORISSON-LACOMBE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne portant sur le corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1920.
4. — Max WETTERWALD. — L'avenir obstétrical des femmes après césarienne basse. *Gynécologie et obstétrique*, février 1926.
5. — ANDÉRODIAS et BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20-30 septembre 1931.
6. — GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. Thèse de Lille, 1930.
7. — DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'Accoucheur. Chap. Opération césarienne.
8. — M^{me} CAO-SI-TAN. — Ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail. Thèse de Paris, 1926.
9. — M^{me} BRÜNINGHAUS-BRAOUDÉ. — Contribution à l'étude de l'hémorragie dans les ruptures utérines. Thèse de Paris, 1908.
10. — VANHEECKHOET. — Des formes insidieuses de ruptures utérines spontanées et complètes. Thèse de Lille, 1922-1923.
11. — L. DEVRAIGNE. — Rupture insidieuse à 8 mois de gestation d'un utérus ayant subi antérieurement une opération césarienne corporéale. *Annales de Médecine Légale*, février 1932.
12. — DEMELIN. — Etude anatomique et clinique du segment inférieur. Thèse de Paris, 1888.

LES PRESSES MODERNES

45, Rue de Maubeuge. 45

——— PARIS (IX^e) ———

